



BPSC :

1 mois, 0 jour à 17 mois, 31 jours
V1.07, 4-1-17

Child's Name:

Birth Date:

Today's Date:

LISTE DE CONTRÔLE DES SYMPTÔMES PÉDIATRIQUES DU BÉBÉ (BABY PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST, BPSC)

Ces questions portent sur le comportement de votre enfant. Pensez à ce que vous pourriez attendre d'autres enfants du même âge, et dites-nous dans quelle mesure chaque énoncé s'applique à votre enfant.

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise avec de nouvelles personnes ? . . .	0	1	2
Votre enfant se sent-il/elle mal à l'aise dans de nouveaux endroits ? . . .	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à accepter le changement ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle peur d'être tenu(e) par d'autres personnes ? . . .	0	1	2
<hr/>			
Votre enfant pleure-t-il/elle beaucoup ?	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à se calmer ?	0	1	2
Votre enfant est-il/elle difficile ou irritable ?	0	1	2
Est-il difficile de réconforter votre enfant ?	0	1	2
<hr/>			
Est-il difficile de faire respecter un horaire ou un rituel à votre enfant ? . . .	0	1	2
Est-il difficile de faire endormir votre enfant ?	0	1	2
Avez-vous du mal à dormir suffisamment à cause de votre enfant ? . . .	0	1	2
Votre enfant a-t-il/elle du mal à rester endormi(e) ?	0	1	2